

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

TITRE

**Evaluation de la qualité du remplissage des
carnets de consultation prénatale à la maternité
du CHU du Point G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 16 / 06 / 2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : Mlle. Mariama TOURE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

Président : M. Aboubacar MAIGA, Maitre de conférences

Membre : M. Mamadou S TRAORE, Gynécologue

Co-directeur : M. Mamadou SIMA, Maitre-Assistant

Directeur de thèse : Tioukani Augustin THERA, Professeur

DEDICACES ET REMMERCIEMENTS

DEDICACE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude

L'amour, le respect, la reconnaissance....

Aussi, c'est tout simplement que

Je dédie ce travail à :

Allah ; le tout puissant ; le clément et miséricordieux, et à son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) ; pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaire de mener à bien ce travail.

Mon père Abdoulaye TOURE

Mon super papa, mon héros de tous les temps, en aucun moment de ma vie je ne peux dire, ne pas avoir pu compter sur toi, car tu es toujours là pour les autres en particulier pour les enfants.

Avoir un père comme toi est le rêve de n'importe quel enfant mais malheureusement ce n'est pas une chance qui est donnée à tout le monde, raison pour laquelle je rends grâce à Allah de t'avoir eu comme papa et mentor mais surtout d'avoir bénéficié de ton éducation.

Cette éducation pleine d'amour qui m'a appris la dignité, l'honneur, le respect, l'altruisme, la combativité et la bonté du cœur dans n'importe quel contexte.

Te dire merci aujourd'hui serait un euphémisme car je ne pourrai jamais le faire correctement aux vues de tous tes sacrifices mais je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour te rendre fier de moi comme je le suis tant de toi et ce travail en est le début.

Qu'Allah t'accorde une longue vie heureuse pleine de santé et de bonheur

Ma défunte mère Tiendrebeogo DENISE :

Avec toi je comprends aisément que ce que l'on n'obtient pas dans le pacifisme ce n'est pas dans la violence que l'on l'obtiendra. Toutes ces années d'études depuis la maternelle jusqu'à ce jour ne pouvaient être pour moi un succès sans tes bénédictions.

Que ce travail récompense tous tes sacrifices et prières que tu as consentis durant toutes ces longues années.

Grace à Allah je suis ce que tu as souhaité. Je prie qu'Allah intensifie sa miséricorde sur toi ainsi qu'à tous nos défunts.

REMERCIEMENTS

Ils s'adressent à :

A tous mes Maîtres d'école, merci pour la qualité de la formation que vous m'aviez dispensée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

A mes maîtres du service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G :

Pr THERA Tioukani Augustin, Dr Mamadou Salia TRAORE, Dr COULIBALY Ahmadou, Dr KANTE Ibrahim, Dr SIMA Mamadou, Dr KONE Konimba, Dr DIARRA Drissa et Feu Dr Ibrahim ONGOIBA ; je ne regretterai jamais d'avoir été votre élève, la formation et l'éducation que vous m'avez données vont au-delà de tout cadre médical ainsi qu'à tous les autres personnels du service ; merci.

A mon oncle Amadou SAMAKE

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour votre encouragement et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude

Mes chers oncles, tantes, leurs époux et épouses :

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour vos encouragements et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

Mes frères et sœurs :

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle reste toujours un lien sacré pour nous. Que Dieu renforce nos liens.

**A tous mes amis et camarades de promotion de la FMOS sans oublier ceux
du quartier :**

Votre sens de l'amitié, du pardon et de l'écoute m'a été d'un grand apport durant
ces derniers moments. Merci infiniment.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Boubacar MAIGA

- **Titulaire d'un PhD,**
- **Maitre de Conférences en Immunologie,**
- **Médecin chercheur au MRTC,**
- **Modérateur de PROMED Francophone pour les Maladies Infectieuses.**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

A notre Maitre et Juge :

Professeur Mamadou S TRAORE

- **Maitre de Recherche en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G ;**
- **Diplômé de Formation Médicale Spécialisée Approfondie de l'Université Paris-Descartes en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Enseignant à la filière sage-femme et en Master de Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation en Science de la Santé ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maitre,

Votre présence dans ce jury de thèse nous comble au plus haut degré. Nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait.

Veillez accepter cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur :

Docteur Mamadou SIMA

- **Maitre-Assistant à la FMOS**
- **Gynécologue obstétricien au CHU Point G**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

Cher Maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A notre Maitre et directeur de thèse

Professeur Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G ;**
- **Maitre de conférences agrégé de gynécologie obstétrique ;**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en gynécologie Obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en thérapeutique de la Stérilité-Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin ;**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine) ;**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).**

Honorable maitre, Vous nous avez accueillis spontanément dans votre service dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes un pédagogue émérite. Votre assiduité, votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous le maître que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude.

LISTES DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
ARV	: Anti Rétroviraux
BCF	: Battement Cardiaque Fœtal
BGR	: Bassin Généralement Rétréci
BHCG	: Bêta Hormone Chorionique Gonadotrophine
BW	: Bordet Wassermann
CAT	: Conduite A Tenir
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
Cm	: Centimètre
CHL	: Chloroquine
CMIE	: Centre Médical Inter Entreprise
CSREF	: Centre de Santé de Référence
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CPN	: Consultations Prénatales
DDR	: Date des Dernières Règles.
DPA	: Date Probable d'Accouchement
DEAP	: Département d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires
ECBU	: Examen Cytobactériologique des Urines
FER AC	: Fer+Acide folique
FMPOS	: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
FOSG	: Fiche Opérationnelle de Suivi de la Grossesse
GEU	: Grossesse Extra Utérine
Grs	: Grammes
HU	: Hauteur Utérine
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
IO	: Infirmière Obstétricienne
IEC	: Information Education Communication
MAF	: Mouvements Actifs Fœtaux
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide/

mms : Millimètres

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RDV : Rendez-vous

RPMM : Réseau de Prévention de la Mortalité Maternelle au Mali

SONU : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SP : Sulfadoxine-Pyrimethamine

SPF : Soins Prénataux Focalisés

TA : Tension Artérielle

TE : Test d'Emmel

VACC : Vaccination

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	18
II. OBJECTIF.....	21
1. Objectif général.....	21
2. Objectifs spécifiques	21
III. GENERALITES.....	23
1. Historique de la consultation prénatale	23
2. Définitions.....	25
2.1. Définition	25
3. Les objectifs de la consultation prénatale classique	25
4. Calendrier de la consultation prénatale	26
5. Matériel de la consultation prénatale.....	26
6. Définitions opérationnelles.....	35
7. Remplissage du carnet de consultation.....	36
8. Les aspects techniques de la consultation prénatale.....	40
IV. METHODOLOGIE.....	47
1. Cadre et lieu d'étude	47
2. Type d'étude.....	52
3. Période d'étude.....	52
4. Population source	52
5. Echantillonnage et taille de l'échantillon	52
6. Déroulement de l'enquête	53
9. Traitement et analyse des données	54
11. Variables étudiées en fonction du score.....	55
V. RESULTATS	57
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	73
VII. CONCLUSION	78
VIII. RECOMMANDATIONS.....	79
IX. Références.....	81
X. ANNEXES	85

LISTES DES FIGURES :

Figure 2 : Speculum.....	27
Figure 1 : Carnet de maternité	27
Figure 3 : Table d'examen gynécologique.....	27
Figure 4 : Appareil à tension un stéthoscope	27
Figure 5 : Table d'accouchement.....	28
Figure 6 : Thermomètre électronique	28
Figure 7 : Mettre ruban	28
Figure 8 : Pèse Personne.....	28
Figure 9 : Lampe d'éclairage	28
Figure 10 : Stéthoscope de pinard	28

LISTES DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non du Guide d'observation sur le carnet de CPN	57
Tableau II : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des caractéristiques sociodémographiques sur le carnet de CPN.....	58
Tableau III : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non du renseignement sur le conjoint sur le carnet de CPN	59
Tableau IV : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des renseignements sur première consultation sur le carnet de CPN	60
Tableau V : Répartition des patientes selon le remplissage ou non des ATCD Obstétricaux sur le carnet de CPN.....	61
Tableau VI : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des ATCD Médicaux sur le carnet de CPN	62
Tableau VII : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non de examens complémentaires sur le carnet de CPN	63
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non de la Prophylaxie sur le carnet de CPN	64
Tableau IX : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des renseignements de la fiche de dépistage à haut risque sur le carnet de CPN	65
Tableau X : Répartition des patientes selon le remplissage ou non des renseignements sur les facteurs de risques lors de l'examen du 9ème mois sur le carnet de CPN	66
Tableau XI : Répartition des patientes selon le remplissage ou non d'examen périodique sur le carnet de CPN.	67
Tableau XII : Répartition des patientes selon le remplissage ou non de l'Examen Obstétrical au 9ème mois sur le carnet de CPN.....	68
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le remplissage ou non de l'état du nouveau née à a naissance sur le carnet de CPN	69
Tableau XIV : Répartition des variables selon le score maximal et moyenne	70
Tableau XV : Répartition des parturientes selon la qualité de remplissage des carnets de CPN.....	71

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent encore un grand risque pour la vie de la femme et du nouveau-né africain. Avec un taux de mortalité maternelle estimé à **1 020** décès pour **100 000** naissances vivantes, l'Afrique Occidentale est la région la plus concernée par la mortalité avec un taux de **832-873** pour 100 000 naissances vivantes [1].

En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme [2].

A Bamako au Mali : 86,5% des CPN sont faites par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins [3, 4,5].

Selon EDSM-V à Mopti 38,1% des gestantes n'ont pas effectué de CPN et à Bamako seulement 4,8% des gestantes n'ont pas effectué de CPN [6]. Seulement 61% des gestantes font des CPN dans les régions contre 95% à Bamako [6].

Le dossier obstétrical est un outil indispensable au suivi de la grossesse. Il permet la transmission des informations entre professionnels et est un véritable élément de liaison entre les différents intervenants. [2]

Le carnet de santé (ou de grossesse) est le plus utilisé dans la surveillance de la grossesse. Cependant, son importance n'est pas appréciée à sa juste valeur quand on assiste à la perte fréquente de ces documents par les femmes et à l'insuffisance des informations qu'ils comportent. Or, correctement rempli et bien conservé, le carnet de grossesse peut, d'une part, constituer un élément fondamental non seulement de suivi de la grossesse, mais aussi d'évaluation et de mesure de l'efficacité des soins prénataux et d'autre part faciliter la surveillance de la croissance du nouveau-né. [3]

Dans le but de mettre un terme aux décès maternels évitables, plusieurs stratégies ont été développées parmi lesquelles la planification familiale, les soins

obstétricaux et néonataux d'urgence et l'accouchement assisté par un personnel qualifié [4].

Chaque femme enceinte doit avoir un carnet de grossesse depuis le 1er examen prénatal, où sont mentionnés les résultats des examens obligatoires prescrits pendant la grossesse, ainsi que les informations importantes concernant le déroulement de la grossesse. [2]

Partant de ces constats, nous avons souhaité réaliser cette étude au CHU du Point G afin d'apprécier de manière objective l'ampleur de ce problème en termes de pronostic maternel et fœtal. Ainsi, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIF

1. Objectif général

Evaluer le degré d'information de remplissage des carnets de santé de la mère dans la surveillance des grossesses.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des parturientes ayant un carnet de CPN
- Décrire l'aspect sociodémographique des parturientes qui ont consulté au service pour le suivi de leur grossesse ;
- Déterminer la proportion de femmes ayant bénéficié des différents types d'examens lors des consultations prénatales ;
- Déterminer la qualité de remplissage des carnets de grossesse ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal des parturientes.

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé politique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avait de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants. [1]

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle

des droits de l'homme proclamé par l'Organisation des Nations Unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. [1]

On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société »

Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [2].

Malgré ses différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse.

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, avait pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la Conférence

Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966, puis dans les pays anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll., Lacronique Armogathe et Weil.

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière [5].

2. Définitions :

2.1. Définition

La consultation prénatale (CPN) constitue un ensemble d'activités essentielles au suivi de la grossesse et qui permettent entre autres :

- De dépister et traiter toute maladie que la mère peut avoir,
- D'aider la mère à rester en bonne santé en lui prodiguant des conseils et, de déceler ou de prévenir les pathologies pouvant influencer sur le pronostic de l'accouchement.

Ces consultations prénatales doivent être exécutées comme il le faut enregistrer dans un carnet pour permettre la transmission des informations de la femme et de la grossesse entre le personnel de santé habilité.

Dans les pays en développement, l'utilisation de support d'information comme document de suivi de grossesse est entrée dans les habitudes de la plupart des personnels de santé et des gestantes. [3]

3. Les objectifs de la consultation prénatale classique

- Faire le diagnostic de la grossesse,
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère,

- Surveiller le développement du fœtus,
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies susceptibles d’avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la grossesse,
- Préparer l’accouchement en faire le diagnostic,
- Faire le pronostic de l’accouchement,
- Éduquer et informer les mères.

4. Calendrier de la consultation prénatale

- Première visite : 14^{ème} semaine ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte
- Deuxième visite : Entre la 15^{ème} et la 27^{ème} semaine ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre
- Troisième visite : entre 28^{ème} et 34^{ème} SA
- Quatrième visite : A partir de la 37^{ème} SA
- Autres visites : Si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence des visites d'après les résultats (antécédents, examens, tests) ou bien pour suivre la politique locale [6,7].

5. Matériel de la consultation prénatale

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique,
- Une source lumineuse,
- Un appareil à tension et un stéthoscope médical,
- Une toise et une pèse personne,
- Un mètre ruban,
- Un stéthoscope obstétrical de pinard,
- Des spéculums,

- Des gants d'examen,
- Du matériel pour réaliser un frottis vaginal, spatules d'ayres,
- Des lames fixatrices,
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques,
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine et de nitrite,
- Une solution anti septique,
- Un seau contenant une solution désinfectante.

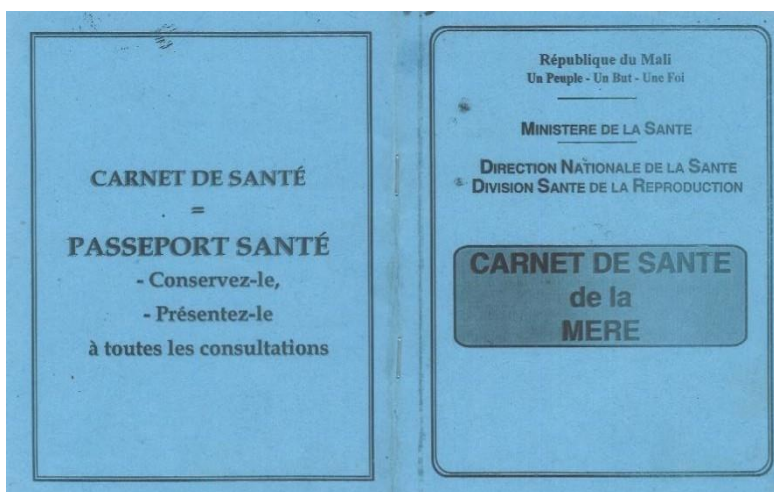


Figure 1 : Carnet de maternité [6]



Figure 2 : Speculum [6,7]



Figure 3 : Table d'examen [6,7]



Figure 4 : Appareil a tension un stéthoscope [6,7]



Figure 5 : Table d'accouchement [7]



Figure 6 : Thermomètre électronique[7]



Figure 7 : Mettre ruban [8]



Figure 8 : Pèse Personne [8]



Figure 9 : Lampe d'éclairage [6,7]



Figure 10 : Stéthoscope de pinard [6,7]

Plusieurs activités sont recommandées :

- Le dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ;
- La vaccination anti tétanique (VAT);
- La supplémentation en fer ;
- La prophylaxie anti-palustre.

5.1. Le bilan prénatal :

5.1.1. Les examens complémentaires indispensables au Mali sont :[3]

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel ;
- L'électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- L'albuminurie, la glycosurie ;
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine ;

5.1.2. L'échographie pelvienne : il est recommandé de faire trois échographies :

Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la 16ème semaine d'aménorrhée) ;

Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (2ème trimestre) ;

Une échographie du 3ème trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres). Cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

5.1.3. Les examens complémentaires non indispensables :

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer :

- La sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose ;

- La goutte épaisse (GE) frottis mince (FM) ;
- L'examen cytotactériologique des urines ;
- Le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme ;
- La protéinurie de 24 heures ;
- Le test de Coombs indirect ;
- La radiographie du contenu utérin ;
- La glycémie à jeun, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

5.1.4. La consultation prénatale recentrée [8]

a) Concept

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre de visites. Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier

b) Les éléments de la CPN recentrée

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications ;
- La prévention des maladies et des complications ;
- La préparation à l'accouchement et les éventuelles complications ;
- La promotion de la santé.

5.1.5. Les étapes de la CPN recentrée

a) Préparer la CPN : consiste à préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

b) Accueillir la femme avec respect et amabilité :

- Saluer chaleureusement la femme ;
- Lui souhaiter la bienvenue ;
- Lui offrir une chaise ;

- Se présenter à la femme ;
- Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).
- Respecter l'ordre d'arrivée des femmes, exceptés les cas urgents qui sont prioritaires.

c) Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Demander le nom de la femme ;
- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultation et les fiches opérationnelles.

NB : assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

d) Procéder à l'examen :

Cet examen comporte :

- Un examen général ;
- Un examen obstétrical avec examen des seins et du bassin.

e) Demander des examens complémentaires

A la première consultation :

- Demander le groupe sanguin rhésus ;
- Demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage) ;

- Albumine / sucre dans les urines ;
- Demander le test de VIH après consulting ;
- Demander l'échographie pour préciser le siège et l'âge de la grossesse.

Les autres examens seront demandés au besoin.

Pour les autres consultations :

- Demander Albumine / sucre systématiquement dans les urines et examens complémentaires au besoin ;
- Demander l'échographie :
- A 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;
- A 32 SA pour la croissance fœtale.

f) Prescrire les soins préventifs :

Vacciner la femme contre le tétanos ;

Prescrire la sulfadoxine Pryrimethamine (SP) : la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est de trois comprimés de sulfadoxine pyrimethamine chaque mois soit 300 mg en prise unique. La 1ère prise après la 16ème semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante.

- Le fer acide folique :
- Du 1er trimestre de la grossesse à trois mois après l'accouchement (donner 60mg de fer élément + 400µg d'acide folique par jour : 1cp) ;
- Du 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse à trois mois après l'accouchement (donner 120mg de fer élément + 800µg d'acide folique par jour : 2cp).
- Moustiquaire imprégnée d'insecticide
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes ...) ;
- L'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) ;
- La planification familiale ;

- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

g) Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

h) Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

- Identifier un prestataire compétent ;
- Identifier le lieu d'accouchement ;
- Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence ;
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- Identifier la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né) ;
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger :

Signes du travail :

- Contractions régulières et douloureuses ;
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux) ;
- Modifications du col (effacement et dilatation).

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux ;
- Respiration difficile ;
- Fièvre ;
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés avec vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreilles ;
- Convulsion / Perte de conscience ;

- Contractions utérines avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée ;
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).

i) Donner le prochain rendez-vous :

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
- Une au 1^{er} trimestre ;
- Une au 2^{ème} trimestre ;
- Deux au 3^{ème} trimestre dont au 9^{ème} mois
- Insister sur l'importance du respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées. Le prestataire doit raccompagner et remercier la gestante.

Consultation prénatale de suivi :

En plus des gestes de la CPN Initiale, il faut :

- Demander l'histoire depuis la dernière consultation ;
- Rechercher les signes de danger ;
- Procéder à l'examen physique ciblé ;
- Demander les examens complémentaires au besoin ;
- Prescrire les soins préventifs ;
- Prescrire les soins curatifs au besoin ;
- Donner des conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la Planification Familiale (PF), les mesures préventives ;
- Rappeler la date probable de l'accouchement ;
- Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale.

Contact prénatal (Recommandation 2016 OMS) [11]

Tableau I : Calendrier des prises de contact pour les soins prénatals selon les recommandations de l'OMS

6. Définitions opérationnelles :

– Modèle de soins prénatals focalisés de l’OMS	Modèle de soins prénatals de l’OMS 2016
Premier trimestre	
1 ^{ère} consultation : 8-12 semaines	1 ^{er} contact : jusqu’à 12 semaines
Deuxième trimestre	
2 ^{ème} consultation : 24-26 semaines	2 ^{ème} contact : 20 semaines 3 ^{ème} contact : 26 semaines
Troisième trimestre	
3 ^{ème} consultation : 32 semaines	4 ^{ème} contact : 30 semaines
	5 ^{ème} contact : 34 semaines
	6 ^{ème} contact : 36 semaines
4 ^{ème} consultation : 38 semaines	7 ^{ème} contact : 38 semaines
	8 ^{ème} contact : 40 semaines
Revenir à 41 semaines si la mère n’a pas accouché	

a. Qualité :

Selon Donabedian « La qualité signifie de bons soins techniques, avec de bonnes relations interpersonnelles, et des locaux adéquats et confortables ». [9]

Selon l’OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu’elles sont sans risque, d’un coût abordable pour la société en question, et susceptible d’avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition. [9]

b. L’évaluation :

C’est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d’actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés. [10]

c. Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu’elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d’être compliquée. [11]

d. Grossesse à haut risque :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques, entraînant un risque élevé soit pour la mère ou le fœtus ; qu'il soit vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement. [7]

e. La maternité sans risque :

Selon l'OMS c'est créer des conditions dans lesquelles, toutes les femmes puissent choisir d'avoir des enfants ; et que celles qui font ce choix puissent être rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistante qualifiée à la naissance. [12]

F. L'évacuation :

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail ou de l'accouchement. [11]

G. Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence. [13]

H. Norme [12]

- C'est un énoncé qui fixe une performance souhaitable ou possible, lequel sert de référence pour évaluer les gestes et pratiques.
- C'est un "repère" qui correspond au niveau souhaité d'excellence et qui sert à évaluer les résultats. En tant que telles, les normes deviennent des modèles à imiter et peuvent ne servir de points de comparaison.

7. Remplissage du carnet de consultation

7.1. L'évaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

7.2. La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [9].

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question, et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition.

Les soins de qualité sont le résultat d'une dynamique complexe comportant des dimensions multiples. L'entité « soins » comporte des aspects indissociables qui sont :

- La relation soignante soignée (respect de la dignité humaine) ;
- La démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- La continuité des soins ;
- Les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;
- l'autonomisation [9]

7.3. Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à 3 fins essentielles :

- *Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
- *Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,

*Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [5].

7.4. Politique et normes des services :

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

7.4.1. Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert. [3].

7.4.2. Les procédures :

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [3].

7.5. La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. [3].

7.6. Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. [5]

7.7. Grossesse à haut risque :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

7.8. La maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, elle est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un

personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement. [1]

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse. [1]

7.9. La mortalité maternelle :

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

7.10. Taux de mortalité maternelle :

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

7.11. L'aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

[9].

7.12. La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources. [9].

7.13. Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des

maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations. [9].

7.14. L'évacuation :

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement. [3].

7.15. Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence. [5].

8. Les aspects techniques de la consultation prénatale :

La grossesse a trois sortes de conséquences sur l'organisme maternel : -
L'ovulation et la menstruation sont supprimées, le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique.

- La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel.

-Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

Le diagnostic de la grossesse est très facile même dans les deux premières semaines.

Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale [13].

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois fins essentielles :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;

- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence

8.1. Les moyens techniques utilisés aux différentes périodes de la grossesse.

8.1.1. La première CPN :

Elle doit être faite pendant le premier trimestre de la grossesse.

Elle comporte les temps suivants :

➤ L'interrogatoire des femmes enceintes :

Cet interrogatoire doit respecter des règles de confidentialités et discrétion, afin que la femme n'hésite pas à répondre à toutes les questions.

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher :

- Le début de la grossesse (date des dernières règles) ;
- Les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du premier mois. Il s'agit : des nausées, des vomissements, de tension mammaire, de météorisme abdominal, d'irritabilité et de fatigue.
- Les antécédents :
 - ° Médicaux : toute anomalie antérieure à la grossesse, mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse actuelle : HTA, cardiopathie, diabète, infection urinaire, asthme.
 - ° Familiaux : en particulier les maladies héréditaires (drépanocytose, asthme, diabète.).
 - ° Chirurgicaux : utérus cicatriciel, traumatisme ou intervention sur le petit bassin.
 - ° Obstétricaux : il s'agit des antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse, de stérilité, des grossesses antérieures et leur déroulement

(menace d'accouchement, prématurité, HTA, etc) et de la modalité au cours de l'accouchement (terme à l'accouchement, travail spontané ou déclenché, durée du travail, épisiotomie, forceps, césarienne, complication de la délivrance), poids des enfants à la naissance et pathologies du nouveau-né ;

° Les antécédents de maladies : diabète, HTA, infection urinaire, cardiopathie, pneumopathie, etc.

° Les habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogue, ration alimentaire, etc.

° La nature, l'intensité et les horaires du travail.

➤ **Examen physique :**

L'examen se fait sur une femme déshabillée. Il précisera le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire.

Il sera complété par un examen gynécologique (palpation des seins, toucher vaginal et l'examen au spéculum)

➤ **Examens complémentaires :**

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali [6], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

- Le groupe sanguin et rhésus ;
- La recherche des albumines et sucres dans les urines ;
- Le BW
- Le test d'EMMEL
- Sérodiagnostic de rubéole et celui de la toxoplasmose ; plus ou moins la recherche de la syphilis (VDRL, TPHA), et la sérologie du SIDA qui n'est pas obligatoire.

Il faut faire une échographie de datation en cas de doute sur le terme, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite ultérieure à tenir.

8.1.2. La deuxième CPN :

Elle est faite pendant le deuxième trimestre.

A ce stade de la grossesse, le médecin et la sagefemme ont un rôle essentiel de surveillance et de prévention.

Les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparu, sauf parfois le ptyalisme, le pyrosis.

Vers 22SA lors de la première grossesse et plus tôt pour les suivantes. L'activité cardiaque fœtale est contrôlée à chaque examen par les ultrasons, mais avec le stéthoscope, les bruits du cœur n'étaient audibles qu'à partir de 24SA.

- **L'interrogatoire** : va rechercher les éléments nouveaux, les éventuels risques menaçants et la mère et le fœtus.
- **L'examen** :

Mesure de la hauteur utérine ; le reste est le même qu'au premier trimestre. Cependant, le toucher vaginal doit être fait avec minutie et précision (le col et ses modifications), en effet c'est au cours du deuxième trimestre que peuvent déjà survenir les menaces d'interruption de grossesse, notamment par béance du col.

Lors de chaque examen qui devra être répété chaque mois, seront contrôlées la prise du poids ne doit pas dépasser 2kg par mois à ce stade, la mesure de la tension artérielle (doit rester inférieure à 140/90mmhg). On recherchera le sucre et l'albumine dans les urines, les anticorps immuns si la femme est Rhésus négatif.

Une échographie de principe sera demandée entre 19 et 21SA dans le but essentiel de reconnaître les anomalies morphologiques qui pourraient conduire à interrompre la grossesse ou à prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

L'intérêt des CPN à cette période est la recherche des facteurs de risque et la mise en œuvre sans plus tarder de leur traitement préventif ou déjà curatif.

9. Le dépistage des grossesses à risque

9.1. Les facteurs de risque :

Un facteur de risque est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.

-Grossesse à risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en trois catégories :

- ° Les facteurs de risques présents avant même la grossesse.
- ° Ceux qui apparaissent au cours de la grossesse.
- ° Enfin les derniers qui surviennent au cours de l'accouchement.

9.1.1. Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse :

Ce sont :

- . L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans ; Taille : inférieur à 1,50m
- . La multiparité supérieure à 6 ; Le niveau d'alphabétisation
- . Le statut matrimonial ; Les conditions socio-économiques de basses ; poids inférieur à 40 kg ; les travaux intenses ;
- . L'intervalle inter gésésique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra-utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle,). Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

9.1.2. Les facteurs de risque au cours de la grossesse :

Ce sont : La métrorragie, l'HTA, la toxémie ou la pré éclampsie, les infections, le paludisme+++, l'anémie, la malnutrition, les grossesses multiples, les présentations vicieuses, l'éclampsie....

9.1.3. Les facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement :

Eclampsie, des hémorragies de la délivrance, placenta prævia, rupture utérine, souffrance fœtale.

9.2. Pour les consultations ultérieures:

- **Interrogatoire** : précise les éléments nouveaux tels que les plaintes de la femme, recherche les signes des pathologies intercurrentes.
- **Examen physique** : il sera complété par la recherche des œdèmes, le palper abdominal pour préciser la taille et la présentation du fœtus, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.
- **Examen au neuvième mois** : il faut évaluer les modalités de l'accouchement. L'examen général recherche les éléments cités précédemment.
- **Examens complémentaires** : sont identiques à ceux de la première consultation.

Les examens, sont orientés selon la pathologie décelée au cours de la CPN.

Le nombre d'échographie sera augmenté en cas de grossesses gémellaire, de retard de croissance in utero, de diabète gestationnel et à terme en cas de bassin rétréci (pour évaluer les mensurations fœtales) ;

9.3. Surveillance au cours des trois derniers mois :

La grossesse pendant cette période sera surveillée comme précédemment. C'est au cours de ces dernières consultations que le pronostic de l'accouchement sera porté.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée à la maternité du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du Point G.

1.1.1. Présentation du CHU du Point G :

L'hôpital du Point " G " a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point " G " a eu le statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de gynéco-obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

a) Présentation du service de Gynécologie – Obstétrique :

Le service de gynécologie-obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

b) Succession des différents chefs de service :

- 1970 Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;

- 1975-1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français);
- 1987 Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2001-2003 Docteur Niani Mounkoro (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2003-2015 Professeur Bouraima Maiga (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2015 à nos jours Professeur Tioukani Augustin THERA (gynécologue-obstétricien malien) ;

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

Le bâtiment abritant le service de gynécologie-obstétrique a été construit sur 2 étages. Il est situé entre l'ancien bâtiment du service de médecine interne et la pharmacie au Sud, le service de Réanimation au Nord, l'urologie à l'Est et le logement attribué au service de médecine interne

Personnel du service :

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnels :

- 07 Gynécologues-obstétriciens ;
- 14 sages-femmes dont une est major du service ;
- 02 techniciennes de santé ;
- 02 aides-soignantes ;
- 06 techniciens de surface ;
- 01 une secrétaire ;

c) Les infrastructures du service de Gynécologie-Obstétrique :

Le service comporte :

- 14 salles d'hospitalisation (34 lits) et 02 salles d'urgence (06 lits) ;
- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de CPN (consultation prénatale) ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle de dépistage du néo du col ;
- Une unité de PF (planning familial) et de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant) ;
- Une unité de procréation médicalement assistée non fonctionnelle.
- Une salle d'échographie

d) Fonctionnement du service de Gynécologie-Obstétrique :

Il existe 5 jours de consultations gynécologiques et obstétriques (Lundi au Vendredi) et 4 jours d'opération en dehors des urgences. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et se fait après le staff.

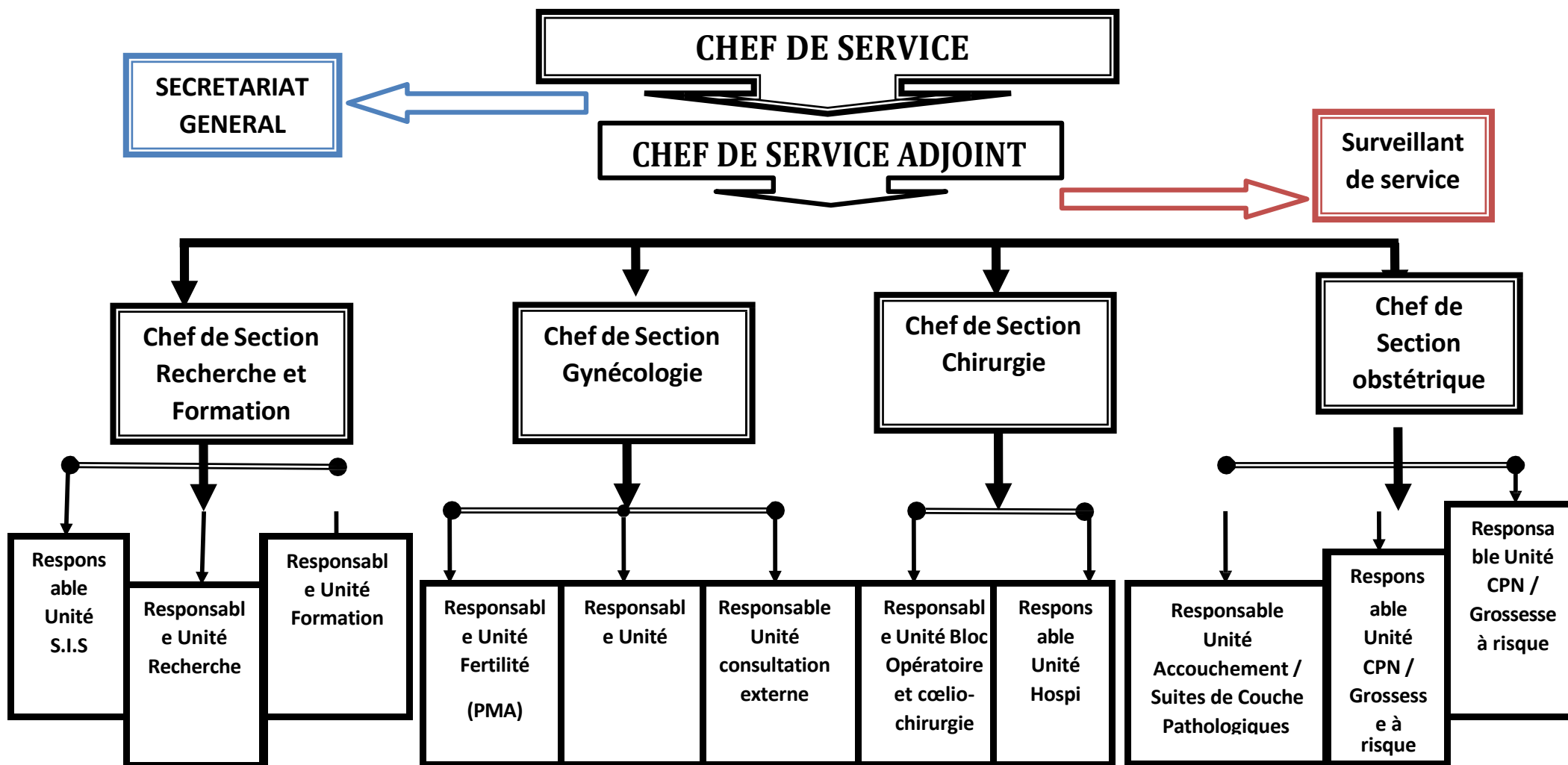
Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin gynécologue, étudiant en DES de gynécologie obstétrique, deux à quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière obstétricienne et trois garçons de salle dont un au bloc opératoire. Le service de Gynécologie-Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de gynécologie obstétrique prévoit la mise en place :

- D'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INSP (en cours de réalisation) ;

Organigramme du service



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / C.P.N : Consultation Prénatale / Hospi : Hospitalisation

2. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale de collecte de données prospective portant sur toutes les parturientes reçues dans la maternité du CHU du Point G.

3. Période d'étude

Notre étude s'est effectuée de janvier à décembre 2020.

4. Population source.

L'étude a porté sur toutes les femmes en travail à la maternité du CHU du Point G.

5. Echantillonnage et taille de l'échantillon

➤ Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

- Les femmes venues en travail à la maternité du CHU du Point G avec un carnet de consultation prénatale.
- Les femmes dont le carnet de consultation prénatale était exploitable.

➤ Critères de non-inclusion.

- Les femmes non en travail venues à la maternité du CHU du Point G avec un carnet de consultation prénatale.
- Les femmes venues en travail sans carnet de consultation prénatale.
- Les femmes ayant accouché en dehors du service et qui étaient transférées à la maternité du CHU du Point G.

➤ Technique d'échantillonnage

L'échantillonnage était exhaustif prenant en compte tous les cas répondant aux critères d'inclusion

➤ Taille de l'échantillonnage

La technique d'estimation d'un paramètre (proportion) dans une population a été utilisée pour cette circonstance. La formule dans le cas d'une population grande ou infinie est donnée ci-dessous :

$$n = Z^2 * (P*Q) / i^2$$

Avec :

- $p=1-q$, proportion attendue dans la population (à partir d'étude pilote, revue littérature...)
- Z , valeur dépendante du risque d'erreur α choisi ($z = 1,96$ pour $\alpha=5$)
- i , la précision voulue
- n =taille de l'échantillon

La proportion de qualité du remplissage des carnets de consultation prénatale est fixée arbitrairement à 50% (ceci est une estimation conservatrice donnant une taille maximum chaque fois que cette estimation de proportion n'est pas connue dans la littérature)

En fixant la précision (i) à 6% et l'intervalle de confiance à 95% ($\alpha = 5\%$), avec $Z = 1.96$, $P = 0,5$, $Q = 1-0,965 = 0,5$, la taille minimum est donc de 267 consultations prénatales.

En tenant compte de la taille de l'échantillon de 5% de données qui peuvent être inexploitable, nous enquêterons **210** consultations prénatales.

6. Déroulement de l'enquête

a. Sources

Il s'est agi d'une fiche individuelle complétée à partir :

- Carnet de consultation prénatale des femmes.
- Registres de consultations prénatales ;

b. Technique de collecte des données

Les informations ont été obtenues par la lecture des documents suscités et la consignation des données sur la fiche d'enquête établie à cet effet.

10. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel 2016 et analysées sur le logiciel SPSS 22. Plusieurs variables ont été recodées et analysées.

11. Système de classement :

Une cotation (01) a été faite pour les critères si haut identifiés

Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 1 ; la somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation a permis d'évaluer le niveau de qualité de remplissage des carnets de CPN. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les 14 références est de 94. L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 89 à 94.
- Niveau III 75 à 94% de score maximal soit un score total de 70 à 88,99
- Niveau II 50 à 74% de score maximal soit un score total de 47 à 69,99
- Niveau I < 50 % de score maximal soit un score total < à 47

Le niveau de qualité des remplissages des carnets de CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires. L'analyse a porté sur 2 types d'échelle :

Une première échelle où les carnets de CPN sont dits :

- « De bonne qualité » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées
- « De moins bonne qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une deuxième échelle où les carnets de CPN seront classés en quatre niveaux de qualité.

- Elevé (Q4) 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Assez élevé (Q3) 75-94% des gestes de la dimension sont réalisés
- Moyen (Q2) 50-74% des gestes de la dimension sont réalisés

- Faible (Q1) moins de 50% des gestes de la dimension réalisés.

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer la proportion des parturientes ayant des carnets d'assez bonne ou moyenne qualité (Q3, Q2) et d'avoir un classement par niveau des carnets de CPN.

Les critères de ce classement ont été :

- Niveau IV : 75 à 100% des carnet sont de bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau III 50 à 74,99% des carnets sont de bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau II 25 à 44,99% des carnets sont de bonne ou d'assez bonne qualité
- Niveau I moins de 25% des carnets sont de bonne ou d'assez bonne qualité

12. Variables étudiées en fonction du score

Variables	Score maximal
Guide d'observation :	2
Caractéristiques sociodémographiques des parturientes :	5
Renseignement sur le conjoint :	6
Première consultation	3
ATCD Obstétricaux.	9
ATCD Médicaux	6
Examens complémentaires	15
Prophylaxie	3
Fiche de dépistage	6
Examen du 9ème mois	10
Examen périodique	9
Examen Obstétrical au 9 ^{ème}	7
Type d'accouchement	1
Nouveau à la naissance	12
Scores total	94

RESULTATS

V. RESULTATS

Durant notre période d'étude allant de janvier à décembre 2020, on a colligé 210 carnets de CPN exploitable sur total de 1203 accouchement dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G soit une fréquence de 17,45%.

1. Guide d'observation :

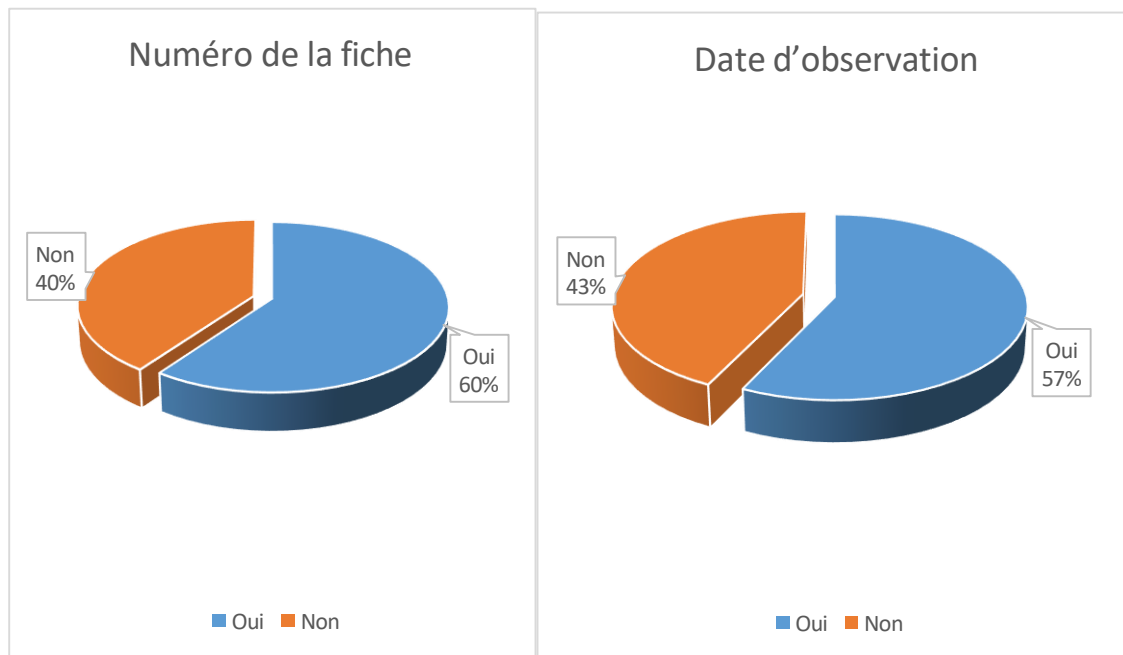


Figure 11 : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non du Guide d'observation sur le carnet de CPN

Avec un score maximal de 2, le score de remplissage moyen obtenu était de 1,17 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Le numéro de la fiche et la date d'observation étaient renseignés sur respectivement 60% et 57,1% des carnets de CPN

2. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes :

Tableau I : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des caractéristiques sociodémographiques sur le carnet de CPN.

Caractéristiques sociodémographiques	Oui	%	Non	%	Total
Nom et prénom	198	94,3	12	5,7	210
Age	165	78,6	45	21,4	210
Adresse	168	80	42	20	210
Numéro de téléphone	131	62,4	79	37,6	210
Profession	150	71,4	60	29,6	210

Avec un score maximal de 5, le score de remplissage moyen obtenu était de 3,86 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage assez élevé (Niveau III)

Le nom/prénom, l'âge et l'adresse des parturientes étaient renseignés sur respectivement 94,3% ; 78,6% et 80% des carnets de CPN

3. Renseignement sur le conjoint :

Tableau III : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non du renseignement sur le conjoint sur le carnet de CPN

Renseignement sur le conjoint	Oui	%	Non	%	Total
Nom	182	86,7	28	13,3	210
Age	101	48,1	109	51,9	210
Adresse	139	66,2	71	38,0	210
Numéro de tel	126	60,0	84	40,0	210
Profession	123	58,6	87	41,4	210
Niveau d'étude	105	50,0	105	50,0	210

Avec un score maximal de 5, le score de remplissage moyen obtenu était de 3,69 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Le nom/prénom, l'âge et l'adresse du conjoint étaient renseignés sur respectivement 86,7% ; 48,1% et 66,2% des carnets de CPN

4. Première consultation :

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des renseignements sur première consultation sur le carnet de CPN

Première consultation	Oui	%	Non	%	Total
DDR	138	65,7	72	34,3	210
DPA	165	78,6	45	21,4	210
APG	155	73,8	55	26,2	210

Avec un score maximal de 3, le score de remplissage moyen obtenu était de 2,18 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

La date des dernières règles et la date probable de l'accouchement étaient renseignées sur respectivement 65,7% et 78,6% des carnets de CPN et non renseignées chez respectivement 34,3% et 21,4%.

5. ATCD Obstétricaux.

Tableau V : Répartition des patientes selon le remplissage ou non des ATCD Obstétricaux sur le carnet de CPN.

ATCD Obstétricaux.	Oui	%	Non	%	Total
Gestité	161	76,7	49	23,2	210
Parité	170	81,0	40	19,0	210
Avortement	150	71,4	60	28,6	210
Accouchement prématuré	131	62,4	79	37,6	210
Accouchement normal	136	64,8	74	35,2	210
Forceps ventouse	111	52,9	99	47,1	210
Césarienne	118	56,2	92	43,8	210
Enfants vivants	144	68,6	66	31,4	210
Enfants décédés	137	65,2	73	34,8	210

Avec un score maximal de 9, le score de remplissage moyen obtenu était de 5,99 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Les ATCD obstétricaux telque la gestité, la parité, la notion d'avortement étaient renseignés chez respectivement 76,1%,81% et 71,4% des carnets de CPN.

6. ATCD Médicaux

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des ATCD Médicaux sur le carnet de CPN

ATCD Médicaux	Oui	%	Non	%	Total
Cardiopathie	149	71,0	61	29,0	210
Ictère	146	69,5	64	30,5	210
Asthme	148	70,5	62	29,5	210
Drépanocytose	144	68,6	66	31,4	210
Anémie	145	69,0	65	31,0	210
Diabète	142	67,6	68	32,4	210

Avec un score maximal de 6, le score de remplissage moyen obtenu était de 4,16 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Les ATCD médicaux telque la présence ou non de cardiopathie, d'asthme et d'ictère étaient renseignés chez respectivement 71%,69,5% et 70,5% des carnets de CPN.

7. Examens Complémentaires

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non de examens complémentaires sur le carnet de CPN

Examens complémentaires	Oui	%	Non	%	Total
Sucre urine	161	76,7	49	23,3	210
Sérologie syphilis	135	64,3	75	35,7	210
Sérologie toxo	132	62,9	78	37,1	210
Groupage RH	199	94,8	11	5,2	210
Test Emmel	131	62,4	79	37,6	210
Electrophorèse Hb	131	62,4	79	37,6	210
Taux Hb	193	91,9	17	8,1	210
Hématocrite	78	37,1	132	62,9	210
Glycémie	161	76,7	49	23,3	210
AgHBS	142	67,6	68	32,4	210
Sérologie VIH	171	81,4	39	18,6	210
Sérologie rubéole	121	57,6	79	42,4	210
1ère échographie	160	76,2	50	23,8	210
2ème échographie	132	62,9	78	37,1	210
3ème échographie	131	62,4	79	37,6	210

Avec un score maximal de 15, le score de remplissage moyen obtenu était de 10,37 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Les examens complémentaires telque le groupage rhésus, le taux d'Hb, la glycémie, la sérologie VIH et le résultat de la 1^{ère} échographie étaient renseignés chez respectivement 94,8% ;91,9% ;76,7 ;81,4% et 76,2% des carnets de CPN.

8. Prophylaxie :

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non de la Prophylaxie sur le carnet de CPN

Prophylaxie	Oui	P%	Non	P%	Total
SP	183	87,1	27	12,9	210
Fer acide folique	176	83,8	34	16,2	210
Vaccin antitétanique	154	73,3	56	26,7	210

Avec un score maximal de 3, le score de remplissage moyen obtenu était de 2,44 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage assez élevé (Niveau III)

La prophylaxie par le sulfadoxine pyriméthamine et par le fer acide folique étaient renseignés chez respectivement 87,1% et 83,8% des carnets de CPN

.

9. Fiche de dépistage à haut risque :

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le remplissage ou non des renseignements de la fiche de dépistage à haut risque sur le carnet de CPN

Fiche de dépistage	Oui	%	Non	%	Total
Age $\leq$ 16 ans	98	46,7	112	53,3	210
Grande multipare	103	49,0	107	51,0	210
Dernier Acc dystocique	50	23,80	160	76,19	210
Dernier Acc mort née	50	23,80	160	76,19	210
Taille $\leq$ 150cm	89	42,4	121	57,6	210
Poids moins 45kg	85	40,5	125	59,5	210

Avec un score maximal de 6, le score de remplissage moyen obtenu était de 2,26 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage faible (Niveau I)

Les données de la fiche de dépistage à haut risque telque la grande multiparité ; l'Age $\leq$ 16 ans et la taille $\leq$ 150cm étaient renseignés chez respectivement 49% ;46,7% et 42,4% des carnets de CPN

10. Examen du 9ème mois :

Tableau X : Répartition des patientes selon le remplissage ou non des renseignements sur les facteurs de risques lors de l'examen du 9ème mois sur le carnet de CPN

Facteurs de risques lors de l'Examen du 9ème mois	Oui	P%	Non	P%	Total
Primipare non céphalique	88	41,9	122	58,2	210
Multipare non céphalique	89	42,4	121	57,6	210
Primi tête non engagée	86	40,95	124	59,04	210
Anémie grave	53	25,23	157	74,76	210
Toxémie gravidique	84	40,0	126	60,0	210
Nature du risque	87	41,4	123	58,6	210
Soins curatif	84	40,0	126	60,0	210
Examen 9ème mois	76	36,2	134	63,8	210
Poids actuel	107	51,0	103	49,0	210
Pression artérielle	105	50,0	105	50,0	210

Avec un score maximal de 10, le score de remplissage moyen obtenu était de 4,09 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage faible (Niveau I)

Les facteurs de risques lors de l'examen du 9ème mois comme les primipares non céphalique, le poids actuel, la pression artérielle étaient renseignés chez respectivement 41,9% ;51% et 50% des carnets de CPN

Tableau XI : Répartition des patientes selon le remplissage ou non d'examen périodique sur le carnet de CPN.

Examen périodique	Oui	%	Non	%	Total
Age de la grossesse	189	90,0	21	10,0	210
Poids	191	91,0	19	09,0	210
TA	195	92,9	15	07,1	210
MF	181	86,2	29	13,8	210
BDC	186	88,6	24	11,4	210
Albumine	146	69,5	64	30,5	210
Date de consultation	165	78,6	45	21,4	210
Œdème	172	81,9	38	18,1	210
Etat du col	167	79,5	43	20,5	210

Avec un score maximal de 9, le score de remplissage moyen obtenu était de 7,58 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage assez élevé (Niveau III)

Les données de l'examen périodique telque la TA, l'âge de la grossesse et les BDC étaient renseignés chez respectivement 92,9% ;90% et 88,6% des carnets de CPN

11. Examen Obstétrical :

Tableau XII : Répartition des patientes selon le remplissage ou non de l'Examen Obstétrical au 9ème mois sur le carnet de CPN.

Examen Obstétrical au 9^{ème}	Oui	%	Non	%	Total
Examen obst	104	49,5	106	51,5	210
Inspection	108	51,4	102	48,6	210
Palpation	106	50,5	104	49,5	210
Etat col	117	55,7	93	44,3	210
Etat bassin	117	55,7	93	44,3	210
Présentation	118	56,2	92	43,8	210
Pronostic accouchement	118	56,2	92	43,2	210

Avec un score maximal de 7, le score de remplissage moyen obtenu était de 3,75 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Les données de l'examen Obstétrical au 9ème mois telque la présentation et le pronostic de l'accouchement étaient renseignés sur seulement 56,2% des carnets de CPN

12. Type d'accouchement

Avec un score maximal de 1, le score de remplissage moyen obtenu était de 0,56 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

Le type d'accouchement étaient renseignés sur seulement 56,7% des carnets de CPN

13. Nouveau à la naissance

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le remplissage ou non de l'état du nouveau née à a naissance sur le carnet de CPN

Nouveau-né à la naissance	Oui	%	Non	%	Total
Nouveau-né à la naissance	119	56,7	91	43,3	210
Date et l'heure d'accouchement	156	74,3	54	23,7	210
Lieu d'accouchement	162	77,1	48	22,9	210
Sexe de nouveau-né	159	75,7	51	24,3	210
Poids du nouveau-né	161	76,7	49	23,3	210
Taille du nouveau-né	163	77,6	47	22,4	210
SAT	158	75,2	52	24,8	210
Nouveau-né réanimé	162	77,1	48	22,9	210
Plaie ombilical	101	48,1	109	51,9	210
BCG	118	56,2	92	43,8	210
Mode alimentation	149	71,0	61	29,0	210
Agent CPN	131	62,4	79	37,6	210

Avec un score maximal de 12, le score de remplissage moyen obtenu était de 8,28 ; cette partie du carnet avait un niveau de remplissage moyen (Niveau II)

La taille du nouveau-né, le poids du nouveau-né, le sexe du nouveau-né, la date/l'heure de l'accouchement et le lieu de l'accouchement étaient renseignés chez respectivement 77,6% ;76,7% ;75,7% ;74,3% et 77,1%% des carnets de CPN.

14. Qualité de remplissage des carnets de CPN

Tableau XIV : Répartition des variables selon le score maximal et moyenne

Variables	Score maximal	Score moyen(N=210)
Guide d'observation :	2	1,17
Caractéristiques sociodémographiques	5	3,86
Renseignement sur le conjoint :	6	3,69
Première consultation	3	2,18
ATCD Obstétricaux.	9	5,99
ATCD Médicaux	6	4,16
Examens complémentaires	15	10,37
Prophylaxie	3	2,44
Fiche de dépistage	6	2,26
Examen du 9ème mois	10	4,09
Examen périodique	9	7,58
Examen Obstétrical au 9 ^{ème}	7	3,75
Type d'accouchement	1	0,56
Nouveau à la naissance	12	8,28
Scor total	94	60,38

Le score moyen global obtenu est de 60,38 avec un score maximal de 94

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la qualité de remplissage des carnets de CPN

Qualité de remplissage (Scores)	Effectif	Fréquence
Elevé (89 à 94)	10	4,76
Assez élevé (70 à 88,99)	24	11,42
Moyen (47 à 69,99)	120	57,14
Faible (Score <47)	56	26,66
Total	210	100,0

La qualité de remplissage des carnets de CPN était moyen chez 57,14% des parturientes soit niveau II, faible chez 26,66% soit niveau I, assez élevé chez 11,42% soit niveau III et élevé chez 4,76% soit niveau IV

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Méthodologie :

Notre étude descriptive qui s'est déroulée au CHU POINT-G, de janvier à Décembre 2020 a porté sur 210 gestantes. Cette étude s'est inspirée du modèle de DONABEDIAN. A [14] : portant sur l'évaluation des structures, des procédures et des résultats. Elle nous a permis :

- ◆ D'apprécier le niveau de qualité des carnets de CPN,
- ◆ De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.

Pendant la réalisation de ce travail nous avons rencontré quelques difficultés :

- Faible taille de l'échantillon qui n'incluait que les femmes venues en travail à la maternité du CHU du Point G avec un carnet de consultation prénatale.
- La réalisation du travail s'est heurtée à quelques difficultés inhérentes à la qualité des carnets de CPN et à la problématique de l'accessibilité et de la disponibilité de certains bilans.

2. Qualité de remplissage des carnets de CPN

➤ Guide d'observation

Avec un score maximal de 2 et un score moyen de 1,17 ; les données du guide d'observations comme le numéro de la fiche et la date d'observation étaient renseignés sur respectivement 60% et 57,1% des carnets de CPN.

➤ Caractéristiques sociodémographiques des parturientes :

Avec un score maximal de 5 et un score moyen de 3,86 ; les données sur les caractéristiques sociodémographiques des parturientes comme le nom/prénom, l'âge et l'adresse des parturientes étaient renseignés sur respectivement 94,3% ; 78,6% et 80% des carnets de CPN

➤ **Renseignement sur le conjoint :**

Avec un score maximal de 6 et un score moyen de 3,69 ; les données sur le renseignement du conjoint comme le nom/prénom, l'âge et l'adresse du conjoint étaient renseignés sur respectivement 86,7% ; 48,1% et 66,2% des carnets de CPN.

➤ **Première consultation :**

Avec un score maximal de 3 et un score moyen de 2,18 ; les données sur la première consultation comme la date des dernières règles et la date probable de l'accouchement étaient renseignées sur respectivement 65,7% et 78,6% des carnets de CPN et non renseignées chez respectivement 34,3% et 21,4%.

➤ **ATCD Obstétricaux :**

Avec un score maximal de 9 et un score moyen de 5,99 ; les données sur les ATCD obstétricaux telque la gestité, la parité, la notion d'avortement étaient renseignés chez respectivement 76,1%,81% et 71,4% des carnets de CPN.

➤ **ATCD Médicaux :**

Avec un score maximal de 6 et un score moyen de 4,16 ; les données sur les ATCD médicaux telque la présence ou non de cardiopathie, d'asthme et d'ictère étaient renseignés chez respectivement 71%,69,5% et 70,5% des carnets de CPN.

➤ **Examens Complémentaires :**

Avec un score maximal de 15 et un score moyen de 10,37 ; les données sur les examens complémentaires telque le groupage rhésus, le taux d'Hb, la glycémie, la sérologie VIH et le résultat de la 1^{ère} échographie étaient renseignés chez respectivement 94,8% ;91,9% ;76,7 ;814% et 76,2% des carnets de CPN.

➤ **Prophylaxie :**

Avec un score maximal de 3 et un score moyen de 2,44 ; les données sur la prophylaxie comme La prophylaxie par le sulfadoxine pyriméthamine et par le fer acide folique étaient renseignés chez respectivement 87,1% et 83,8% des carnets de CPN

➤ **Fiche de dépistage à haut risque :**

Avec un score maximal de 6 et un score moyen de 2,26 ; les données de la fiche de dépistage à haut risque telque la grande multiparité ; l'Age $\leq$ 16 ans et la taille $\leq$ 150cm étaient renseignés chez respectivement 49% ;46,7% et 42,4% des carnets de CPN

➤ **Examen du 9ème mois :**

Avec un score maximal de 10 et un score moyen de 4,09 ; les données sur les facteurs de risques lors de l'examen du 9ème mois comme les primipares non céphalique, le poids actuel, la pression artérielle étaient renseignés chez respectivement 41,9% ;51% et 50% des carnets de CPN

Avec un score maximal de 9 et un score moyen de 7,58 ; les données de l'examen périodique telque la TA, l'âge de la grossesse et les BDC étaient renseignés chez respectivement 92,9% ;90% et 88,6% des carnets de CPN

➤ **Examen Obstétrical :**

Avec un score maximal de 7 et un score moyen de 3,75 ; les données de l'examen Obstétrical au 9ème mois telque la présentation et le pronostic de l'accouchement étaient renseignés sur seulement 56,2% des carnets de CPN

Le type d'accouchement étaient renseignés sur seulement 56,7% des carnets de CPN avec un score maximal de 1 et un score moyen de 0,56.

➤ **Nouveau à la naissance :**

Avec un score maximal de 12 et un score moyen de 8,28 ; les données sur l'état du nouveau-né à la naissance comme la taille du nouveau-né, le poids du nouveau-né, le sexe du nouveau-né, la date/l'heure de l'accouchement et le lieu de l'accouchement étaient renseignés chez respectivement 77,6% ; 76,7% ; 75,7% ; 74,3% et 77,1%% des carnets de CPN.

➤ **Qualités de remplissage des CPN :**

Le score moyen global obtenu est de 60,38 avec un score maximal de 94

La qualité de remplissage des carnets de CPN était moyen chez 57,14% des parturientes, faible chez 26,66%, assez élevé chez 11,42% et élevé chez 4,76%

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION :

Il s'agit d'une étude prospective transversale sur la qualité de remplissage des carnets de CPN. Au terme de cette étude, il en ressort qu'avec un niveau de remplissage moyen selon nos critères, c'est-à-dire d'importants moyens et efforts sont encore à faire sur l'interaction patiente-praticien, la prévention des infections et l'examen physique, aspects qui permettront une réduction considérable du taux de morbidité et de mortalité materno-infantile ; objectif premier du ministère de la santé et de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).

VIII. RECOMMANDATIONS :

Aux personnels de santé (Médecin, Sage-femme ; Matrone, Gérants des Dépôts de pharmacie, Gardiens des centres).

- ✓ Renforcer l'interaction soignant consultante par les séances de la CCC (communication pour le changement de comportement) lors de la CPN.
- ✓ Faire la CPN et le carnet de CPN selon les normes.
- ✓ Assurer une bonne autonomisation des gestantes en notant sur le carnet de CPN : l'évolution de leur grossesse et les risques en cours.

Aux autorités sanitaires et politiques :

- ✓ Instaurer le carnet de grossesse qui est plus pratique et contient beaucoup d'information que la fiche personnelle de CPN
- ✓ Procéder à une supervision régulière au niveau des CSCOM.

Aux populations

- ✓ Suivre régulièrement les CPN et le remplissage des carnets de CPN, en respectant les rendez-vous et en débutant à temps la première CPN.
- ✓ Appliquer strictement les conseils donnés par les prestataires.

REFERENCES

IX. Références

1. **CIMETIERE C.** (2016) Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL
2. **BERTHE A** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salembougou dans la commune I du District de Bamako. Thèse de médecine 2004 n 20 81p.
3. **CIRCULAIRE N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151** du 30 mars 2006 relative au cahier des charges nationales des réseaux de santé en périnatalité.
4. **KOFFI NM, COULIBALY A, GLOYD S, AKE O, ANGBO-EFI O ET AL.** Le carnet de santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire. 2000, 47 (4)
5. **ANONYME** : Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali ; 2005.
6. **BLUM C** : L'évaluation médicale à l'hôpital In : Crenn Hébert, c premier séminaire d'évaluation en Gynécologie obstétrique à l'AP- HP résumé des interventions et des débats- Paris délégation à l'évaluation APIMAP, 1993 ; 6-7
7. **CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE** : Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire de Bamako (koulouba) 1995-2000.
8. **DIVISION SANTE FAMILIALE** : Programme de santé familiale, plan quinquennal 1988-1992, Mali Décembre 1987.
9. **DONABEDIAN A** Exploration in assessment and monitoring, vol I The definition of quality and approaches to its Assessment, health distraction press an arbour, Michigan, 1980
7. **DNSI-CPS /MSSPA** : Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM- IV) : Avril à Décembre 2006.
10. **DIVISION SANTE FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE /MINISTERE DE LA SANTE** **Procédures** des services de santé de la reproduction (Mali) Bamako, Ministère de la Santé, Mars 2000,230p
11. **OMS** : Lignes directrices de 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals- 2018-7 pages

12. **DJILLA B.** : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravido- puerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 – 1988). Thèse de Médecine. Bamako 1989 ; N°54.
13. **DECLARATION COMMUNE OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE.** Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43
14. **FOMBA S.** : Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse Med. Bamako 2003. M 64.103 P.
15. **FORMATION CONTINUE DES SAGES FEMMES** : 1994/1995, 1996/1997 Direction Nationale de la santé publique/ mission française de coopération et d'action culturelle au Mali : école secondaire de la santé projet Maternité sans risque.
16. **GOITA N.** : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse méd. 2006. M 210. 102 P.
17. **KONATE S.** : Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse méd. 2002. M. 33. 56 P.
18. **KAMISSOKO M** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Thèse med: Bamako, 2004, -59 P-87.M 87.
19. **KOITA M.** : Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse médecine, 2001. M 41.129 P.
20. **OMS** : série de rapport technique 780 (1989) Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.
21. **OMS (chronique)** : Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-2002 (Genève1986)
22. **O.M.S** : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde.
Mars-Juillet 1992-N° 8-12P.

23. **OMS** : Statistiques sanitaires mondiales. De l'évaluation de la mortalité maternelle. 1987, 40, N° 3, P 214 -225.
24. **OMS ESTIMATIONS REVISEES** de 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologie OMS/UNICEF AVRIL 1996 Genève P16.
25. **O.M.S** : Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.
26. **POP.SAHEL. CERPOD INSAH CILSS** : Fécondité de l'adolescente. Drame d'une maternité précoce. Population à l'an 2000. Bamako. 2^{ème} édition. Août 1990. N°3.
27. **RENFORCER LES SOINS OBSTETRICAUX POUR UNE MATERNITE SANS RISQUE.** Atelier collectif pré congrès CISP/OMS/UNICEF OS/O, Norvège, 23 – 26 mai 1996 P1
28. **RAYTON E, ARMTRONG.S** Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990, 231P
29. **MERGER.R, LEVY. J, MELCHIOR. J** : Etude clinique de la grossesse normale ; Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris. Masson .1995 : **63** Pages.
30. **SOURCE D'INFORMATION DNSI** : Recensement général de la population et de l'habitat (Avril 1998)
31. **TRAORE MK.** : Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la commune de Banconi. Thèse médecine, Bamako 2001. M.49. 121 pages.
32. **TALL F. S.** : Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la deuxième région du Mali (1987-1992). Thèse de Médecine. Bamako, 1993. N°6
30. **M.S.F BALLADUR O ; BIZIEAU** : obstétrique en situation d'isolement ; 1^{ère} édition Paris ; Hatier ; 1992. 22pages

ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

GUIDE D'OBSERVATION

1. N° fiche ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Date d'observation ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

I. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes.

3. Nom ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

4. Prénom. ☐ 1 Oui 2. Non

5. Age (ans) ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

6. Adresse : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;.

7. N° tél : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

8. Profession : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

9. Ethnie : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

10. Niveau scolaire : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

11. Etat matrimonial : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

II. Renseignement sur le conjoint

12. Nom du conjoint. ☐ 1 Oui 2. Non

13. Prénom du conjoint. ☐ 1 Oui 2. Non

14. Age (ans) : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

15. Adresse : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

16. N° tél : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

17. Profession : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

18. Ethnie : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

19. Niveau scolaire : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

20. Date des dernières règles : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

21. Age présumer de la grossesse ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

22. Date présumer de l'accouchement ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

III. Examen périodique

23. Date ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
24. Âge de la grosse ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
25. Poids ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
26. TA. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
27. Mf. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
28. BDC ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
29. Œdème ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
30. Alb ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
31. Etat du col ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
32. TV ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
33. Observation ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
34. RDV ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

35. ATCD obstétricaux.

- a. Gestité ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
- b. Parité ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
- c. Avortement ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien /
- d. Accouchement prématuré ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien... /
- e. Accouchement normal ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien... /
- f. Forceps ventouse ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien... /
- g. Césarienne ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien... /
- h. Enfant vivant ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien... /
- i. Enfant décédés ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui combien /

36. ATCD médicaux.

- a. Cardiopathie ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
- b. Ictère ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
- c. Asthme ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
- d. Drépanocytose ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
- e. Anémie ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

f. Diabète ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

g. Autres ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

IV. Examens complémentaires (laboratoire)

1. Albumine ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Sucre urine ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

3. BW ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

4. Toxo ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

5. Groupage ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

6. Rhésus ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

7. Test d'Emmel ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

8. Efect Hb ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

9. Tx d'hb ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

10. Hte ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

11. Glycémie ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

12. Azotémie ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

V. Séance d'éducation sanitaire ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

1. AgHBS ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Sérologie Widal ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

3. Sérologie rubéole ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

4. Sérologie VIH ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

5. ECBU ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

VI. Prophylaxie

1. Sulfadoxine pyriméthamine (SP) ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Fer acide folique (FAF) ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

3. Vaccin antitétanique ☐ 1 Oui ; 2. Non ; si oui nombre
dose.....

VII. Fiche de dépistage à haut risque

Accouchement obligatoire en maternité

(À la première visite)

1. Age 16 ans ou moins ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
2. Primipare âgée (30 ans) ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
3. Grande multipare ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
4. Dernier accouchement dystocique ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
5. Dernier accouchement mort-né ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
6. Taille moins de 150 cm ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
7. Poids moins de 45 kg ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

(Au 9^{ème} mois)

8. Primigeste, tête non engagé fin 9^{ème} mois ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
9. Primigeste, présentation non céphalique ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
10. Multipare, présentation transversale ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
11. Anémie grave, conjonctives très pâle ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
12. Toxémie gravidique : 2 ou 3 signes d'œdème ++Album, TA Syst :14 ; TA
Diast :9 ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

VIII. Grossesse à risque

13. Nature du risque identifier ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
14. Si oui il y'a eu une conduite à tenir ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
15. Soins curatif fait ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

IX. Examen du 9^{ème} mois

Etat des conjonctives ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

1. Poids actuel : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
2. Gain de poids ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
3. TA : ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
4. Œdème. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;
5. Albumine. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

X. Examen obstétrical fait. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

1. Inspection ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Palpation ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

3. Etat du col ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

4. Etat du bassin : atteinte du promontoire. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

5. Pronostic de l'accouchement ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

XI. Type d'accouchement

1. Normal . ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Forceps ventouse. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

3. Césarienne. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

4. Tardif. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

5. Révision utérine. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

6. Etat du périnée. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

XII. Nouveau-né à la naissance

1. Date et heure ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

2. Lieu ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

3. Sexe. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

4. Poids. ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

5. Taille ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

6. A-t-il crié tout de suite ? ☐ 1 oui ; 2. Non ;

7. Était-il cyanosé ? ☐ 1 oui ; 2. Non ;

8. Combien de temps ☐ 1 oui ; 2. Non ;

9. A-t-il été réanimé ? ☐ 1 oui ; 2. Non ;

10. SAT ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

11. Traitement reçu ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

12. Date de sortie ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

13. Poids ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

14. Etat constaté ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

15. Plaie ombilical ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

**Evaluation de la qualité du remplissage des carnets de consultation prénatale dans une
population de femmes venant accoucher au CHU du Point G**

16. BCG ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

17. Observation ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

18. Mode d'alimentation ☐ 1 Oui ; 2. Non ;

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Mariama

Nationalité : Malienne

Année de soutenance : 2022

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité du remplissage des carnets de consultation prénatale dans une population de femmes venant accoucher au CHU du Point G

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Obstétrique et santé publique

Adresse e-mail : mariamatoure797@gmail.com

RÉSUMÉ :

Notre étude prospective transversale, descriptive et analytique, s'est déroulée dans la maternité du CHU du Point G de Bamako, sur une période de 12 mois (du 1er janvier au 31 décembre 2020).

L'objectif général était d'évaluer le degré d'information de remplissage des carnets de santé de la mère dans la surveillance des grossesses.

Durant notre période d'étude allant de janvier à décembre 2020, on a colligé 210 carnets de CPN exploitables sur un total de 1203 accouchements dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G soit une fréquence de 17,45%.

La qualité de remplissage des carnets de CPN était moyenne chez 57,14% des parturientes, faible chez 26,66%, assez élevée chez 11,42% et élevée chez 4,76%.

Mots clés : Consultation prénatale, qualité, carnet.

DATA SHEET

Name: TOURE

First name: Mariama

Nationality: Malian

Year of defense: 2022

Defense city: Bamako

Title of the thesis: Evaluation of the quality of filling in prenatal consultation books in a population of women giving birth at the Point G University Hospital

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology

Area of interest: Obstetrics and public health

E-mail address: mariamatoure797@gmail.com

ABSTRACT:

Our cross-sectional, descriptive and analytical prospective study took place in the maternity hospital of Point G University Hospital in Bamako, over a period of 12 months (from January 1 to December 31, 2020).

The general objective was to evaluate the degree of information filling in the mother's health records in the monitoring of pregnancies.

During our study period from January to December 2020, we collected 210 exploitable CPN notebooks out of a total of 1,203 deliveries in the gynecology-obstetrics department of CHU Point G, a frequency of 17.45%.

The quality of filling of ANC notebooks was average in 57.14% of parturients, low in 26.66%, quite high in 11.42% and high in 4.76%.

Keywords: Prenatal consultation, quality, notebook.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.